

ANNEE 1970

THESE

N^o

21

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre MAROT

Né le 21 septembre 1939 à PARIS XV^e

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

A PROPOS DE DEUX CAS DE TUMEURS
BENIGNES TRACHEO-BRONCHIQUES RARES AYANT
NECESSITE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE
EN URGENCE
(Travail de l'Hôpital Foch)

Président : Mr. B. KREIS, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre MAROT

Né le 21 septembre 1939 à PARIS XV^e

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

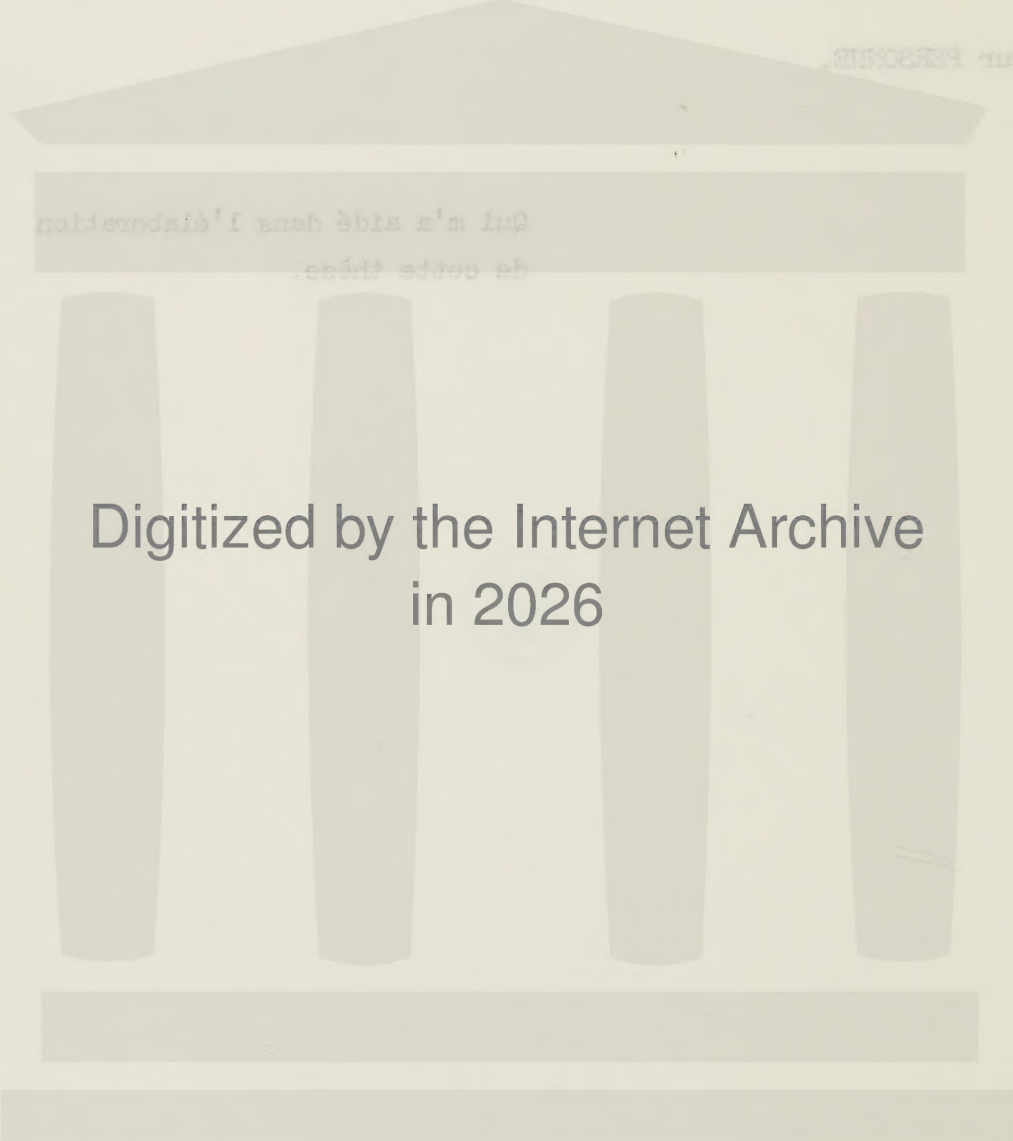
**A PROPOS DE DEUX CAS DE TUMEURS
BENIGNES TRACHEO-BRONCHIQUES RARES AYANT
NECESSITE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE
EN URGENCE
(Travail de l'Hôpital Foch)**

Président : Mr. B. KREIS, Professeur



Au docteur PERSONNE,

Qui m'a aidé dans l'élaboration
de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551520_0022

A ma femme Marie-Françoise,

A ma fille Isabelle,

A mes Parents,

A ma Grand-Mère.

INTRODUCTION

Nous rapportons ici deux cas de tumeurs trachéo-bronchiques bénignes de type histologique rare toutes deux parvenues au stade de détresse respiratoire aiguë lorsqu'elles ont été opérées.

Il est frappant de constater que des tumeurs bénignes qui auraient du être traitées précocement dans les meilleures conditions, furent toutes deux l'objet d'interventions de sauvetage dans des conditions périlleuses.

Nous verrons que dans nos cas comme d'ailleurs dans celui des tumeurs malignes de la trachée le diagnostic est souvent égaré vers celui d'un asthme malgré l'inefficacité des thérapeutiques habituelles.

Le deuxième point d'intérêt est celui du type histologique des deux tumeurs.

La première observation est celle d'une pseudo-tumeur inflammatoire de type plasmocytaire et de siège trachéal.

La deuxième, celle d'un papillome bronchique isolé propagé secondairement à la trachée.

Ces deux tumeurs sont toutes les deux bénignes et toutes les deux rares. Elles font partie du vaste ensemble des tumeurs bénignes trachéo-bronchiques qui, en dehors du classique et fréquent adénome de Jackson, comprend toute une série de variétés exceptionnelles, chaque type n'étant représenté dans la littérature que par quelques unités.

Ce groupe pose de difficiles problèmes de diagnostic précoce. La clinique présente souvent un tableau trompeur et la radiologie n'apporte pas les éléments déterminants du diagnostic. Seul l'examen endoscopique permet la découverte de la tumeur et par la biopsie précise son type histologique.

La thérapeutique dépend de la date plus ou moins précoce de découverte de la lésion. Elle sera toujours chirurgicale et plus ou moins mutilante selon la localisation, le degré d'envahissement de la paroi trachéo-bronchique par la tumeur, l'importance des lésions d'accompagnement broncho-pulmonaires.

PREMIERE OBSERVATION

Un homme de 48 ans, d'origine tunisienne, comptable, est hospitalisé pour insuffisance respiratoire suraiguë à l'hôpital Foch en novembre 1965.

Dans les antécédents on relève un diabète modéré découvert en 1963, équilibré par le régime et les sulfamides hypoglycémiants.

Histoire de la maladie :

Le 10 septembre 1965 une gêne respiratoire accompagnée de toux apparaît brutalement. Cette dyspnée non permanente au début subit des paroxysmes tantôt spontanés, tantôt déclenchés par un effort. Elle est sifflante, asthmatiforme, accentuée par des quintes de toux pénibles, rebelle aux thérapeutiques habituelles : théophylline et corticoides. Bien plus, elle ne cesse de s'accroître prenant une allure inquiétante par son intensité et sa permanence. Deux hémoptysies de faible importance surviennent : l'une dès le début de la dyspnée en septembre 1965, l'autre un mois plus tard. Une radiographie pulmonaire montre une légère opacité sous-claviculaire droite. Les examens biologiques sont négatifs. Devant l'échec du traitement le patient est adressé en consultation à un pneumologue parisien. Un nouveau bilan n'apporte rien de nouveau. La dyspnée continue à s'aggraver malgré un nouvel essai thérapeutique par de la théophylline et des corticoides. Le 3 novembre 1965 une aggravation brutale de la dyspnée nécessite une hospitalisation immédiate dans le service des maladies respiratoires du centre Foch (Suresnes). L'examen clinique à l'admission montre du point de vue respiratoire une dyspnée intense, permanente, à la fois expiratoire et inspiratoire, rapide, sifflante, évoquant d'assez près un état de mal asthmatique. Il existe une profusion de râles sibilants dans les deux champs pulmonaires à l'auscultation. Le reste de l'examen clinique est négatif. Les examens biologiques d'urgence et un cliché pulmonaire n'apportent rien de particulier.

Une tentative de traitement médical associant : oxygène, aminophylline, corticoides, antibiotiques n'apporte aucune amélioration. Le lendemain, en quelques instants, survient un état d'asphyxie suraiguë. Le diagnostic d'obstacle trachéal qui avait été déjà vaguement évoqué paraît alors s'imposer. Une série de coupes tomographiques datant de quelques jours mais malheureusement de qualité très médiocre est alors revue avec plus d'attention. La clarté trachéale y est à peine indiquée mais suffisamment toutefois pour qu'on puisse deviner à sa partie basse une opacité qui l'obstrue. Le malade est transporté en grande urgence en salle d'opération. Ses possibilités de survie paraissent de l'ordre de quelques minutes. Une anesthésie est rapidement mise en route et une bronchoscopie est faite pour vérifier le diagnostic qui n'est jusqu'alors que suspecté. On découvre ainsi une volumineuse tumeur de couleur violacée, villositaire, comblant la trachée à son quart inférieur. Elle paraît mobile et est supposée pédiculée. Une tentative d'extraction par pince à biopsie échoue par suite de la friabilité de la tumeur et du saignement déclenché. La situation pouvant devenir dramatique, on se contente alors d'enfoncer bronchoscope et tumeur dans la bronche souche droite pour faciliter l'intubation gauche par une sonde de Carlens dernière manoeuvre qui est faite très rapidement.

Compte-rendu opératoire (Docteur TOTY, Docteur PERSONNE) :

La thoracotomie est faite à la volée en raison de l'extrême cyanose. La plèvre est libre. L'azygos est sectionnée entre deux ligatures. Incision sur la face postérieure de l'arbre trachéo-bronchique à cheval sur la trachée et la bronche souche droite. La tumeur se présente dans l'incision. On la saisit avec une pince mais elle n'est pas extraite en totalité. Ce qui reste est aspiré. On se rend compte alors qu'elle était implantée à l'entrée de la bronche souche droite sur la paroi cartilagineuse en position antéro-externe. Cette implantation se faisait sur une surface d'1 cm de long sur 2 mm de large, de façon assez irrégulière. Il n'existe pas de tumeur en iceberg. En raison de l'urgence et de l'état du malade, on se contente de coaguler cette zone d'implantation tumorale. Toilette bronchique car une assez importante quantité de sang avait été propulsée dans les territoires sous-jacents. Suture de l'incision bronchique au Flexilon triple 0 à points séparés. Réparation des deux éraillures pulmonaires faites au cours de l'ouverture. Mise en place d'un drainage postérieur. Fermeture du thorax au catgut après avoir fait l'hémostase de la paroi.

Suites opératoires :

Simple à tous points de vue. Réveil rapide sur la table d'opération permettant une extubation normale. Il n'y a donc pas eu d'anoxie cérébrale prolongée malgré les circonstances dramatiques de l'induction anesthésique et du début de l'intervention.

Examen anatomo-pathologique du 16 novembre 1965 (Docteur MAZABRAUD) :

Macroscopiquement, la pièce opératoire malgré son morcellement par les manoeuvres endoscopiques, a un aspect volumineux avec une base pédiculée. Ce dernier point explique sa mobilité et l'obstruction brutale de la trachée.

Microscopiquement, la lésion est représentée par une prolifération cellulaire essentiellement plasmocytaire. A ces plasmocytes s'ajoutent quelques cellules fusiformes d'allure fibroblastique, de rares cellules histiocytaires et des lymphocytes. Cette prolifération cellulaire est parcourue par des vaisseaux à paroi nettement individualisée et supportée par une trame collagène plus ou moins riche selon les points considérés. Superficiellement l'épithélium est en métaplasie malpighienne et dans le tissu lésionnel immédiatement sous-jacent à cet épithélium on remarque d'importantes dilatations vasculaires. Il existe aussi quelques histiocytes spumeux. Les plasmocytes sont nettement différenciés. Certains sont binucléés. Cette lésion entre dans le cadre des plasmocytomes des voies aériennes. Une telle lésion peut être d'ordre inflammatoire. Dans ce cas elle est parfois située au voisinage d'une fistule bronchique mais l'examen histologique ne permet pas d'éliminer avec une certitude absolue une localisation tumorale d'une myélomatose et il est indispensable d'éliminer cette affection par une étude biologique.

Les coupes ont été vues d'autre part par le Docteur ROUJEAU, le 4 janvier 1967, qui en a donné l'interprétation suivante :

La préparation se présente sous l'aspect d'une prolifération de grandes cellules à cytoplasme homogène discrètement éosinophile ayant la morphologie soit d'histiocytes, soit à la rigueur d'éléments schwanniens engraisés. Sur ce fond général parsemé d'ailleurs de vaisseaux à paroi hyaline, il existe un

nombre relativement important de plasmocytes mais cela ne suffit pas pour évoquer un diagnostic de plasmocytome. A mon avis, il s'agit donc là soit à la rigueur d'un schwannome remanié par un processus inflammatoire, soit plutôt d'un histiocytome. L'association d'histiocytes et de plasmocytes est habituelle dans ces granulomes inflammatoires des bronches voire même du poumon.

Les recherches biologiques d'une maladie de Kahler sont négatives à l'exception d'une légère plasmocytose médullaire (4,5%).

L'examen radiologique du squelette ne montre pas de lacune osseuse.

Le malade subit avant sa sortie une bronchoscopie de contrôle qui montre une cicatrice d'aspect normal et quitte l'hôpital trois semaines après l'intervention.

Depuis le malade a pratiquement négligé tout contrôle. Quelques crachats hémoptoïques le décident enfin en mai 1969 à accepter une bronchoscopie. Au niveau de la suture un petit nodule granulomateux est biopsié. Il s'agit non pas d'un banal granulome inflammatoire mais d'une récurrence vraie, les images histologiques étant identiques à celles de la tumeur initiale. Aucune décision thérapeutique n'a encore été prise.

En résumé :

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui présente pour la première fois en septembre 1965 une dyspnée de type asthmatiforme rebelle au traitement médical classique. Les examens complémentaires se révèlent négatifs à l'exception toutefois d'une image radiologique trachéale en tomographie médiastinale, signe qui associé à la dyspnée fait suspecter une tumeur trachéale. 2 mois après le début des symptômes, le malade doit être hospitalisé en urgence pour l'aggravation brutale de l'insuffisance respiratoire. Le malade est rapidement transporté en salle d'opération. Une tumeur trachéale basse est découverte par bronchoscopie. Malheureusement une tentative d'extraction par cette voie échoue. Une thoracotomie est alors pratiquée et la tumeur extirpée par bronchotomie. L'examen histologique de la pièce opératoire conclue d'abord à un plasmocytome puis à un granulome plasmocytaire.

Une récurrence est constatée à la quatrième année.

Cette observation appelle quelques commentaires :

Cliniquement, le tableau est celui d'une insuffisance respiratoire aiguë survenant brutalement après quelques semaines seulement d'une dyspnée sans grande particularité et qui fut considérée comme de type asthmatiforme. Rebelle au traitement médical classique, elle prend vite l'apparence d'un état de mal asthmatique. La rapidité de l'évolution clinique est très surprenante pour une tumeur bénigne. Un déplacement de cette formation mobile sinon pédiculée explique sans doute cette aggravation accélérée.

Radiologiquement, l'image thoracique est strictement normale sur les clichés standards. Les tomographies auraient sans doute dû faire suspecter plus tôt une tumeur endo-trachéale mais on sait que sur les habituelles tomographies totales de face la visibilité de la trachée est nulle ou médiocre.

La bronchoscopie faite dans des circonstances dramatiques ne pouvait que confirmer l'existence d'une tumeur trachéale suspectée, en préciser le siège et surtout autoriser l'acte chirurgical.

L'anesthésie a été résolue de manière simple par intubation de la bronche souche gauche.

Chirurgicalement, l'intervention est de type classique. A la thoracotomie fait suite une bronchotomie avec exérèse de la tumeur. La zone d'implantation bronchique tumorale est coagulée. La récurrence constatée quatre ans plus tard fait naturellement regretter qu'une plus large résection de la paroi trachéale n'ait pas été faite, voire une résection anastomose. Les opérateurs avaient renoncé à cette résection étendue pour ne pas prendre de risque supplémentaire en augmentant le temps de l'intervention qui avait alors avant tout un but de sauvetage immédiat.

Histologiquement, l'observation rapportée entre dans le cadre des pseudo-tumeurs inflammatoires pulmonaires défini par Umiker et Iverson puis par Titus et collaborateurs. Le Docteur ROUJEAU dans une étude récente précise les différents caractères histologiques de ce type de tumeurs rares. Il existe un polymorphisme cellulaire composé de fibroblastes, de lipophages, d'histiocytes, de lymphocytes et de plasmocytes sans anomalies nucléaires et cytoplasmiques.

Du fait de son aspect inflammatoire, la dénomination la meilleure que l'on peut donner à ce type de tumeur est celle de granulome plasmocytaire.

Nous avons retrouvé 3 observations détaillées de cas analogues dans la littérature.

Une observation d'Umiker et Iverson :

Un homme de 41 ans présente depuis 20 ans une toux persistante avec expectoration. En 1948 un adénome bronchique est découvert et subit une exérèse par voie endoscopique. 2 ans plus tard une nouvelle bronchoscopie montre une tumeur obstruant les bronches lobaires moyenne et inférieure droites. Une lobectomie est pratiquée. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montre microscopiquement la présence de faisceaux de cellules fusiformes, de foyers de lipophages, de lymphocytes et de plasmocytes. Le patient ne présente pas de récurrence 1 an après l'intervention chirurgicale.

Une observation de ROUJEAU :

Chez une jeune fille de 16 ans une opacité lobaire supérieure droite est découverte radiologiquement lors d'un examen systématique après virage de cutiréaction. Les signes cliniques et les examens paracliniques étant tous négatifs la malade est adressée en chirurgie thoracique où une lobectomie est effectuée. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montre macroscopiquement une tumeur bronchique en iceberg, microscopiquement des faisceaux de cellules fusiformes, des amas d'histiocytes et de plasmocytes, de nombreux vaisseaux à paroi d'épaisseur variable, à la périphérie des lymphocytes.

Une observation de TARASKA :

Un jeune noir de 14 ans est hospitalisé pour une dyspnée d'apparition récente résistant au traitement médical classique. Une semaine plus tard la dyspnée s'aggrave et prend l'apparence d'un état de mal asthmatique. La radiologie pulmonaire et la bronchoscopie sont toutes les deux négatives. Le malade décède par asphyxie. L'examen anatomopathologique de la pièce d'autopsie montre macroscopiquement une tumeur implantée au niveau de la carina, obstruant la trachée. Des bouchons muqueux occluent les bronches sous-jacentes. Microscopiquement, il

existe une formule cellulaire bigarrée composée de cellules fusiformes et d'amas d'histiocytes à cytoplasme granuleux. On note de plus la présence de nombreux vaisseaux congestifs.

Quels enseignements peut-on tirer de l'observation présentée et des 3 cas analogues de la littérature ?

3 malades sur 4 sont des hommes mais le nombre de cas est trop insuffisant pour une statistique valable. 2 patients sont d'âge mûr alors que les 2 autres sont des jeunes.

Cliniquement, dans 2 cas (observation présentée, Taraska) on se trouve en présence d'une obstruction bronchique traduite par une dyspnée d'apparition récente qui se complique brutalement d'une insuffisance respiratoire gravissime. L'un des malades est sauvé de justesse par une intervention chirurgicale en urgence tandis que l'autre décède. Un tableau d'irritation bronchique : toux persistante avec expectoration est observé dans 1 cas (Umiker et Iverson). 1 cas n'avait aucune expression clinique et fut découvert radiologiquement de façon fortuite à la suite d'une réaction tuberculinique positive (Roujeau).

Radiologiquement 3 cas ont des clichés pulmonaires standards négatifs (observation présentée, Umiker et Iverson, Taraska). Seul un examen attentif de tomographies médiastinales a fait suspecter une tumeur dans 1 cas (observation présentée). Une radiographie pulmonaire pratiquée après un virage de cuti-réaction a dépisté une lésion dans 1 cas (Roujeau).

La tumeur endotrachéo-bronchique a été découverte 2 fois par une bronchoscopie (observation présentée, Umiker et Iverson), 1 fois sur la pièce opératoire (Roujeau), 1 fois à l'autopsie (Taraska).

Du point de vue thérapeutique, à l'exception d'1 cas où le malade est décédé (Taraska), la solution a toujours été chirurgicale. Il s'agit d'interventions classiques : bronchotomie simple avec exérèse tumorale chez 1 malade (observation présentée) lobectomie chez 2 malades (Umiker et Iverson, Roujeau).

Du point de vue anatomo-pathologique, dans les 4 observations on retrouve le même polymorphisme cellulaire d'aspect inflammatoire associant des fibroblastes, des histiocytes, des plasmocytes, des lymphocytes : tableau d'un granulome plasmocytaire.

Quels sont les rapports du granulome plasmocytaire trachéo-bronchique avec le plasmocytome trachéo-bronchique solitaire vrai ?

Histologiquement par rapport au granulome plasmocytaire le plasmocytome est défini par une prolifération localisée et exclusive de plasmocytes typiques.

Localisé surtout au niveau des voies aéro-digestives supérieures le plasmocytome est très rarement situé au niveau des voies aériennes trachéo-bronchiques. Nous avons retrouvé quelques observations détaillées dans la littérature.

Une observation de Grant et Ross :

Un homme de 45 ans présente depuis de nombreuses années un tableau de broncho-emphysème. Dans les antécédents médicaux, on note une tuberculose pulmonaire. En 1955 le malade est hospitalisé pour une dysphagie persistante. Parallèlement à des examens radiologiques de l'oesophage, des clichés pulmonaires sont effectués. Une bronchographie décèle plusieurs images en retrait à la partie basse de la trachée. Malheureusement, le patient refuse la bronchoscopie. 2 ans plus tard, devant l'exacerbation des signes respiratoires, l'examen endoscopique est accepté. Il découvre deux tumeurs trachéales. L'examen histologique de la biopsie montre la présence exclusive de plasmocytes typiques. Le malade est traité par radiothérapie et chimiothérapie. 1 an après le début du traitement, les tumeurs persistent inchangées à la bronchoscopie. Il n'existe pas de signes biologiques d'une maladie de Kahler.

Deux observations de Kennedy et Kneafsey :

Un adolescent de 17 ans $\frac{1}{2}$ est admis en sanatorium pour des hémoptysies et une toux apparues 2 mois plus tôt. La radiographie pulmonaire montre une atelectasie du lobe moyen. Une bronchoscopie découvre une tumeur obstruant presque totalement la bronche souche au niveau du lobe moyen. Le malade subit une lobectomie. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire montre macroscopiquement une tumeur pédiculée implantée juste au dessus de la bifurcation des bronches lobaires inférieure et moyenne, microscopiquement une prolifération plasmocytaire pure. Il n'existe pas de signes biologiques d'une maladie de Kahler. 2 ans après l'intervention chirurgicale le malade ne présente pas de récurrence.

Un homme de 66 ans présente depuis 1956 une insuffisance respiratoire incriminée tout d'abord à une tuberculose pulmonaire. Devant la persistance des signes cliniques, une bronchoscopie est pratiquée. Elle découvre à 2,5cm de la carina une tumeur endo-trachéale qui subit une exérèse totale par voie endoscopique. L'histologie montre une prolifération exclusive de plasmocytes. La tumeur récidive 1 an plus tard et est enlevée chirurgicalement. Au bout de 10 mois aucune récidive n'est constatée. Il n'existe pas de signes biologiques d'une maladie de Kahler.

Une observation de Grimaud rapporte la découverte d'une tumeur trachéale de siège cervical qui est traitée par ablation sous anesthésie locale. L'examen histologique de la pièce opératoire montre une prolifération pure de plasmocytes normaux. Il n'existe pas de signes biologiques en faveur d'un myelome diffus. Sept ans plus tard aucune récidive n'est constatée.

Une observation de Dines :

Un homme de 60 ans est hospitalisé en 1964 par suite de la découverte d'une tumeur endotrachéale en laryngoscopie. Le malade présente depuis 10 ans une toux et des épisodes de dyspnée asthmatiforme. 1 mois avant son admission une insuffisance respiratoire apparaît. Lors de son hospitalisation, des radiographies pulmonaires montrent une diminution de volume du poumon droit et une bronchoscopie est négative. Une trachéotomie sous anesthésie locale permet l'ablation tumorale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montre microscopiquement une prolifération diffuse de plasmocytes. Il n'existe pas de signes biologiques d'une maladie de Kahler. L'évolution n'est pas connue.

Une observation de Brocard et collaborateurs :

Une femme de 48 ans présente des poussées fébriles. Une radiographie pulmonaire découvre une opacité périhilaire gauche. Une bronchoscopie montre une sténose bronchique qui est biopsiée. L'examen histologique révèle une plasmocytose diffuse sans signes de malignité. Une lobectomie est alors pratiquée. 3 mois plus tard aucune récidive n'est constatée. Il n'existe pas de signes biologiques d'une maladie de Kahler.

Quels enseignements peut-on tirer de ces 6 cas de plasmocytomes trachéo-bronchiques ?

Du point de vue clinique nous trouvons dans 1 cas une irritation bronchique et des hémoptysies (Kennedy et Kneafsey : cas 1) une dyspnée asthmatiforme dans 1 cas (Dines), une insuffisance respiratoire dans 1 cas (Kennedy et Kneafsey : cas 2), un broncho-emphysème dans 1 cas (Grant et Ross), des poussées fébriles dans 1 cas (Brocard et coll.).

Radiologiquement, les clichés pulmonaires standards montrent des lésions dans 2 cas : une atelectasie (Kennedy et Kneafsey : cas 1) et une opacité péri-hilaire (Brocard et coll.). Dans 1 cas une retraction pulmonaire est notée (Dines). 2 fois la radiologie est négative (Grant et Ross, Grimaud). Dans 1 cas elle montre des lésions tuberculeuses surajoutées qui égarent le diagnostic (Kennedy et Kneafsey : cas 2).

L'examen endoscopique découvre une tumeur des voies aériennes dans les 6 cas.

Histologiquement, on retrouve dans les 6 observations une prolifération cellulaire uniforme composée de plasmocytes normaux.

Du point de vue biologique aucun malade ne présente de signes en faveur d'un myelome diffus.

Quels sont les points de rapprochement du granulome plasmocytaire avec le plasmocytome ?

C'est uniquement au niveau de l'examen anatomo-pathologique que ces deux types de tumeur se distinguent. L'étude microscopique des coupes de granulome plasmocytaire montre un polymorphisme cellulaire d'aspect inflammatoire avec un nombre variable de plasmocytes normaux alors que celles de plasmocytome présentent exclusivement des plasmocytes morphologiquement typiques. Ainsi seul varie le pourcentage de plasmocytes. Aucune observation de plasmocytome n'a apporté de critères histologiques de malignité par la découverte de plasmocytes d'aspect malin: tableau rentrant dans le cadre des sarcomes plasmocytaires et pouvant évoquer un début localisé d'une maladie de Kahler.

Tous les signes biologiques en faveur d'un myelome diffus qui auraient permis de les distinguer ont été négatifs. On se trouve confronté aux mêmes

problèmes avec le plasmocytome pulmonaire dont il existe quelques observations dans la littérature. Les critères histologiques et biologiques sont les mêmes que dans la localisation trachéo-bronchique. Certains auteurs : Hill et White, Romanoff et Mildwisky dans leurs observations respectives concluent à un plasmocyte sur les coupes histologiques qui montrent un polymorphisme cellulaire à prédominance plasmocytaire. D'autres auteurs : Lane et coll., Tcherkoff et coll. distinguent histologiquement le granulome plasmocytaire du plasmocytome : prolifération localisée de plasmocytes typiques. Les signes biologiques en faveur d'une maladie de Kahler ont été à chaque fois recherchés dans les deux types de tumeur pulmonaire et sont restés négatifs.

Le granulome plasmocytaire et le plasmocytome trachéo-bronchique sont certainement des tumeurs très voisines. Cependant le nombre de cas de plasmocytome publiés avec un recul suffisant est trop faible pour éliminer formellement une évolution à long terme vers une maladie de Kahler.

DEUXIEME OBSERVATION

Un homme de 61 ans est hospitalisé au centre FOCH (Suresnes) en état de détresse respiratoire suraiguë en septembre 1967.

Histoire de la maladie :

En janvier 1966, le patient avait été hospitalisé à l'hôpital de Saint-Germain pour aggravation d'une dyspnée ancienne.

Un cliché pulmonaire standard avait montré une destruction totale du poumon gauche.

Une bronchographie lipiodolée avait mis en évidence au niveau de l'orifice de la bronche souche gauche une formation tumorale qui semblait se rattacher à la paroi supérieure par un épais pédicule.

Une bronchoscopie avait montré un gros bourgeon lisse, rose, mobile, saillant, obstruant totalement l'orifice bronchique gauche. Une biopsie est pratiquée.

Examen histologique : (Docteur AURIOL)

Il s'agit d'une formation végétante. Les axes conjonctifs renferment des capillaires congestifs et quelques cellules inflammatoires polymorphes. Le revêtement est cylindrique, régulier, par endroit pluri-stratifié, avec quelques foyers de métaplasie malpighienne. Il s'agit d'un papillome bronchique sans aucun signe de malignité d'évolution certainement ancienne.

Une aggravation brutale de la dyspnée provoque une nouvelle hospitalisation, en urgence cette fois, dans le service de chirurgie thoracique du centre Foch le 5 août 1966.

A l'admission, on découvre un pneumothorax spontané droit responsable de la brusque aggravation. Il siège à la partie inférieure du thorax, le sommet pulmonaire restant adhérent. A gauche, on note un poumon détruit avec forte atelectasie et importante hernie médiastinale.

Le pneumothorax est réduit progressivement par drainage en aspiration continue.

Une bronchoscopie montre la bronche souche gauche comblée jusqu'au ras de la carina par des bourgeons roses pâles, lisses, non nécrotiques, presque translucides. La trachée et les bronches droites sont normales.

L'examen histologique de la biopsie confirme le précédent diagnostic de tumeur bénigne.

Le malade quitte l'hôpital le 24 octobre 1966 et refuse sa réhospitalisation les mois suivants. Ce n'est qu'un peu plus tard, le 8 décembre 1967, qu'une aggravation brutale et dramatique de la dyspnée nécessite son hospitalisation en urgence. Le patient présente cliniquement un coma respiratoire avec tirage intense, cyanose extrême. Le décès paraît presque imminent. Une tentative bronchoscopique de désobstruction tumorale à la pince échoue. La tumeur très dure et solidement implantée obstrue maintenant la trachée et les trois quarts de la bronche souche droite. Sa fragmentation se révèle impossible car trop périlleuse. De plus de la bronche souche gauche sourd un pus blanc réalisant une vomique continue par vidange de la suppuration du poumon gauche. Le rétablissement de la condition respiratoire devenue dramatique n'est obtenu que par franchissement de la tumeur par le bronchoscope. Dans ces conditions une pleuropneumonectomie d'urgence est décidée.

L'anesthésiste procède à une intubation simple.

Compte rendu opératoire (Docteur PERSONNE) :

Thoracotomie par le cinquième espace intercostal avec sections des cols des 5ème et 6ème côtes. La pyosclérose pleuro-pulmonaire fait véritablement corps avec la paroi. De même, la libération médiastinale n'offre aucun des plans habituels, notamment au niveau de l'aorte et du péricarde. On arrive néanmoins,

sans incident, à réaliser la pneumonectomie en sectionnant la bronche en dernier. La section bronchique est alors faite sans clampage préalable ; ce qui permet d'extraire sans la fragmenter la masse tumorale qui intube la bronche souche gauche et accouche dans la bronche droite. On reprend la bronche au ras de la carina. On la suture au fil d'acier. Curetage du sommet où l'on a abandonné provisoirement un fragment pulmonaire. Fermeture habituelle sur un drain.

Les suites opératoires sont simples.

Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire (Docteur MAZABRAUD) :

macroscopiquement :

L'examen de la pièce montre un poumon détruit par pyosclérose, largement abcédé avec pachypleurite importante. La tumeur a pris naissance au niveau d'une bronche sous-segmentaire du lobe supérieur et c'est uniquement le prolongement de cette tumeur périphérique qui a progressivement comblé la bronche lobaire supérieure gauche, la bronche souche gauche, la trachée, pour se terminer dans la bronche droite.

microscopiquement :

Il s'agit d'une formation papillaire présentant une importante métaplasie malpighienne. Il existe une certaine irrégularité nucléaire. La zone sous-muqueuse est scléreuse et en partie infiltrée de cellules inflammatoires. La recoupe bronchique intéresse un ganglion lymphatique : pas de formation tumorale à ce niveau.

Le malade quitte l'hôpital le 4 octobre 1967. Depuis, il ne présente pas de récurrence. Un dernier examen de contrôle en mars 1969 s'est révélé satisfaisant.

En résumé :

Un homme de 61 ans présente en 1966 une aggravation d'une dyspnée ancienne. La radiologie montre une destruction totale pulmonaire gauche et la bronchoscopie découvre une tumeur endobronchique d'origine distale, de type histologique papillaire. Il est hospitalisé en août 1966 pour un pneumothorax droit. En septembre 1967, il est réhospitalisé en urgence en état de coma respiratoire. Une

bronchoscopie montre une vomique associée à une obstruction trachéale tumorale mais ne permet pas l'exérèse. Une pleuropneumonectomie gauche est alors pratiquée avec des suites opératoires simples. Depuis, le patient suivi régulièrement ne présente pas de récurrence.

Cette observation appelle quelques commentaires :

Cliniquement le début véritable ne peut être précisé. Il était probablement très ancien. C'est à un stade tardif de dyspnée très évoluée que le malade est vu. L'origine de ce syndrome respiratoire est rapidement reconnue alors par la découverte radiologique d'un poumon gauche totalement détruit et d'une tumeur endo-bronchique à la bronchoscopie. Par suite du refus du malade de toute solution chirurgicale, l'insuffisance respiratoire s'intensifie pour se compliquer brutalement d'un coma respiratoire provoqué par la propagation tumorale à la trachée avec vomique surajoutée par évacuation de la suppuration pulmonaire gauche. La propagation canalaire dans la bronche souche d'une tumeur endo-bronchique d'origine distale avec destruction progressive broncho-pulmonaire en amont de la tumeur explique les signes cliniques.

Radiologiquement, le tableau est celui d'un poumon détruit par pyosclérose évoquant une obstruction ancienne et totale de la bronche souche gauche.

Endoscopiquement, la première bronchoscopie découvre la tumeur. Une deuxième, lors du coma respiratoire, décèle l'envahissement tumoral de la trachée et la vidange de la suppuration broncho-pulmonaire mais échoue dans la tentative d'exérèse tumorale par saisie à la pince.

Le problème anesthésique est résolu de manière simple par intubation transtumorale de la bronche droite.

L'intervention chirurgicale est de type classique. On pratique une pleuropneumonectomie gauche avec section dernière au ras de la carina de la bronche souche permettant l'accouchement total de la tumeur qui débordait dans la trachée.

Du point de vue histologique, la tumeur est un papillome bronchique cylindrique uni et multistratifié avec des zones de métaplasie malpighienne. L'axe conjonctif infiltré de cellules inflammatoires avec des vaisseaux congestifs

évoque un granulome. L'absence de zones nécrotiques, la régularité de l'assise basale sont des signes en faveur d'une tumeur bénigne.

Le papillome bronchique isolé est la variété la plus rare de la papillomatose qui se présente le plus souvent de manière diffuse. Cette forme est caractérisée par des néoformations multiples et récidivantes le long de l'arbre aérien laryngo-trachéo-bronchique et se rencontre assez souvent chez l'enfant. Le papillome bronchique isolé forme une entité anatomo-clinique distincte. Il pose de difficiles problèmes histologiques car il a pu être confondu parfois avec un carcinome bronchique. Seule une étude histologique attentive permet de le définir comme une tumeur bénigne d'évolution lente et à développement intracanaliculaire.

Nous avons retrouvé dix huit observations détaillées de ce type de tumeur dans la littérature.

Une observation de Mallory :

Un homme de 45 ans a depuis 7 ans des épisodes de toux avec une expectoration parfois sanglante. Depuis deux semaines est apparue de la température. La radiographie pulmonaire montre une atelectasie pulmonaire droite. Une bronchoscopie découvre une tumeur au niveau de la bronche lobaire supérieure droite saillant dans la bronche souche. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome kératinisé à cellules basales, interprété d'abord comme un carcinome. Le malade est traité chirurgicalement par une pneumonectomie.

Une observation de Lutzki :

Un homme de 65 ans présente depuis 5 mois une toux et des douleurs thoraciques gauches. La radiographie pulmonaire montre une lésion para-hilaire gauche. Il n'est pas pratiqué de bronchoscopie. Le malade est traité chirurgicalement par une lobectomie. L'examen histologique de la pièce opératoire identifie un papillome épidermoïde kératinisé avec des signes de malignité.

Une observation de Minetto et Garbagni :

Un homme de 60 ans présente depuis 8 ans des épisodes de bronchite, depuis 6 mois une toux avec expectoration hémoptoïque. La radiographie pulmonaire mon-

tre une opacité au niveau de la lingula et du lobe inférieur gauche. Une bronchoscopie découvre une tumeur au niveau de l'éperon du tronc supérieur de la lingula. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome mixte : épidermoïde et cylindrique. Le traitement n'est pas connu.

Une observation d'Ashmore :

Une femme de 51 ans présente depuis 3 ans des hémoptysies et depuis 1 mois une toux avec expectoration. Une bronchoscopie découvre une tumeur au niveau de l'éperon des bronches basale externe et antérieure droite. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome cylindrique stratifié cilié. La malade est traitée chirurgicalement par une lobectomie.

Une observation de Strupler :

Un homme de 56 ans présente sur une radiographie pulmonaire une opacité bipolaire inférieure droite avec un hile droit élargi. Une bronchoscopie décèle une tumeur au début de la bronche lobaire inférieure droite. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome cylindrique. La thérapeutique et l'évolution ne sont pas connues.

Une observation de Fojanini et Novi :

Un examen radiologique systématique chez un homme de 53 ans découvre une atelectasie du segment antérieur du lobe supérieur droit. Une bronchoscopie découvre une tumeur au niveau du segment antérieur du lobe supérieur droit. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome cylindrique uni et pluristratifié avec une inflammation. Le malade est traité chirurgicalement par une lobectomie.

Deux observations de Sochocky :

Un homme de 45 ans est hospitalisé pour une hémoptysie. Dans les antécédents médicaux, on note depuis plusieurs années des épisodes de toux avec expectoration. La radiographie pulmonaire montre une atelectasie du segment postérieur du lobe inférieur droit. Une bronchoscopie découvre une tumeur obstruant l'orifice lobaire inférieur droit. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome cylindrique. Le malade est traité chirurgicalement par une lobectomie.

Un homme de 41 ans est hospitalisé à la suite de la découverte d'une lésion sur une radiographie pulmonaire pratiquée lors d'un épisode de toux avec expectoration. L'image radiologique persistant, une bronchoscopie est effectuée. Elle découvre une tumeur au niveau de la bronche lobaire inférieure droite qui est excisée totalement par cette voie. L'examen histologique de cette tumeur montre un papillome présentant des modifications carcinomateuses. Une pneumonectomie droite est effectuée.

Trois observations de Gardiol :

Un homme de 60 ans a une toux chronique. Depuis un an il a présenté plusieurs épisodes pulmonaires fébriles avec amaigrissement. Une radiographie pulmonaire montre un hile droit élargi. Une bronchoscopie est alors effectuée. Elle découvre une tumeur au niveau de la bronche lobaire supérieure droite. L'examen histologique de la biopsie révèle un papillome épidermoïde kératinisé avec une légère inflammation ; la présence d'atypies cellulaires et de mitoses fait porter un diagnostic de malignité. Le malade est traité par radiothérapie puis chirurgicalement par une pneumonectomie. Il décède dans les suites opératoires.

Un homme de 56 ans présente depuis 2 mois un amaigrissement, des douleurs thoraciques et de la fièvre. La radiographie pulmonaire montre à droite une pleurésie interlobaire, une lésion du lobe supérieur. Une bronchoscopie décèle une tumeur siégeant à l'orifice de la bronche segmentaire du lobe supérieur droit. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome épidermoïde parakératosique. Les cellules ont des mitoses assez fréquentes mais de rares atypies nucléaires. Le malade est traité chirurgicalement par une bilobectomie. Il meurt pendant l'opération.

Un homme de 72 ans, tousseur chronique, présente depuis quelques jours des douleurs thoraciques droites avec de la fièvre. Une radiographie pulmonaire montre à droite un léger épanchement pleural et une atelectasie du lobe inférieur. Une bronchoscopie découvre une tumeur au niveau de la bronche lobaire inférieure droite. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome malpighien. Les cellules épithéliales ont parfois des noyaux atypiques. Le malade meurt quatre mois plus tard en état d'insuffisance respiratoire et cachectique. La tumeur n'est pas retrouvée sur la pièce d'autopsie.

Deux observations de Ficari :

Un homme de 55 ans présente depuis 17 ans des épisodes de fièvre, de toux avec expectoration. Depuis 2 mois une dyspnée est apparue et l'expectoration est devenue sanglante. Ces symptômes entraînent l'hospitalisation du patient. Une radiographie pulmonaire montre à gauche une condensation parahilaire supérieure avec un élargissement du hile. Une bronchoscopie est négative. Le malade est traité chirurgicalement par une pneumonectomie. L'examen histologique de la pièce opératoire identifie un papillome malpighien kératinisé. Les cellules épithéliales ont quelques atypies et mitoses nucléaires, de plus on note une inflammation au niveau de l'axe conjonctivo-vasculaire.

Un homme de 46 ans a depuis 3 ans une toux avec expectoration muqueuse, une douleur thoracique droite. Depuis 1 an l'expectoration est devenue sanglante et depuis 3 mois une fièvre est apparue. La radiographie pulmonaire montre une opacité au niveau de la région paracardiaque droite. Une bronchoscopie découvre une interruption du rameau bronchique basal médian de la bronche lobaire inférieure droite. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome malpighien kératinisé. On note une inflammation dans la sous-muqueuse et quelques cellules épithéliales en mitose ou à noyaux atypiques. Le malade est traité chirurgicalement par une lobectomie.

Une observation de Meyer :

Un homme de 63 ans présente depuis 2 ans des épisodes de toux avec expectoration. Une radiographie pulmonaire pratiquée au début des symptômes montre une condensation au niveau du lobe moyen. Une bronchoscopie en 1959 montre une infiltration et une immobilité de l'éperon bronche lobaire moyenne et bronche lobaire inférieure. La biopsie pratiquée est négative et le résultat des examens cytologiques de l'aspiration bronchoscopique fait suspecter un cancer. Le malade est traité chirurgicalement par une lobectomie. L'examen anatomo-pathologique extemporané de la pièce opératoire identifie microscopiquement un papillome malpighien kératinisé. On note des cellules épithéliales à noyau picnotique ou dyskariotique.

Une observation d'Elliot et Belkin :

Un homme de 52 ans présente depuis 2 ans des épisodes de toux et des hémoptysies. Une radiographie pulmonaire montre une opacité à l'apex du lobe inférieur gauche. L'examen histologique de la biopsie identifie un papillome squameux. Le malade est traité chirurgicalement par une pneumonectomie. 2 ans après l'intervention aucune récurrence n'est constatée.

Une observation de Drennan et Douglas :

Un homme de 56 ans présente depuis 10 ans une bronchite chronique, et depuis 10 mois une dyspnée s'accompagnant d'épisodes paroxystiques et d'hémoptysies. Une radiographie pulmonaire montre une opacité sous-hilaire gauche. Une tumeur est expulsée spontanément lors d'un épisode de dyspnée paroxystique avec toux violente qui histologiquement se révèle être un papillome malpighien kératinisé. Une bronchoscopie est négative. Depuis 3 ans aucune récurrence n'a été constatée.

Deux observations de Jackson et Hatch :

Un homme de 51 ans présente depuis 2 ans une dyspnée et des épisodes de pneumopathie. Des radiographies pulmonaires successives montrent une opacité récidivante du lobe inférieur gauche. Les bronchoscopies pratiquées découvrent une tumeur au niveau de la bronche lobaire inférieure gauche qui récidive à deux reprises. Deux fois la néoformation est excisée totalement par voie endoscopique, la dernière récurrence étant traitée chirurgicalement par lobectomie inférieure gauche. L'examen histologique révèle à chaque fois un papillome malpighien. Le patient n'a pas présenté de récurrence depuis 17 ans.

Un homme de 51 ans présente depuis quelques mois des épisodes de toux, de fièvre, et une expectoration hémoptoïque. Une radiographie pulmonaire lors d'une hospitalisation montre une atelectasie du lobe supérieur droit. Une bronchoscopie découvre une obstruction de la bronche souche droite par une tumeur originaire de l'orifice lobaire supérieur droit et une zone granuleuse au niveau de l'orifice lobaire inférieur droit. La tumeur est excisée totalement par voie endoscopique. L'examen anatomo-pathologique montre microscopiquement un papillome malpighien squameux avec une inflammation chronique. 8 mois plus tard le malade ne présente pas de récurrence.

Quels enseignements peut-on tirer de la confrontation de l'observation présentée et des 18 cas analogues de la littérature ?

A l'exception d'un cas : une femme (observation d'Ashmore) il s'agit toujours d'adultes du sexe masculin dont l'âge s'échelonne de 41 à 72 ans. Cette particularité se retrouve dans la papillomatose diffuse qui comporte une majorité de malades du sexe masculin mais dans ce cas il ne s'agit pas exclusivement d'adultes mais au contraire d'une majorité d'enfants.

Du point de vue clinique :

2 malades n'ont aucune symptomatologie respiratoire (Strupler, Fojanini et Novi). Les 17 autres ont tous un tableau d'irritation bronchique.

8 malades ont présenté des hémoptysies (Ashmore, Drennan et Douglas, Eliott et Belkin, Ficari : cas 2, Jackson et Hatch : cas 2, Minetto et Garbagni, Sochocky : cas 1)

7 malades ont des épisodes fébriles (Ficari : cas 1-2, Gardiol : cas 1-2-3, Jackson et Hatch : cas 2, Mallory). 4 ont des douleurs thoraciques (Ficari : cas 2, Gardiol : cas 2-3, Lutzki). 6 ont des épisodes dyspneiques (observation présentée, Drennan et Douglas, Ficari : cas 1, Gardiol : cas 1, Jackson et Hatch : cas 1-2).

Le début de la maladie pour l'ensemble des cas varie de quelques mois à 17 ans. Cliniquement, elle a commencé 10 fois par de la toux avec ou sans expectoration (Ficari : cas 1-2, Eliott et Belkin, Gardiol : cas 1-3, Jackson et Hatch : cas 2, Mallory, Lutzki, Sochocky : cas 1) 2 fois par une bronchite (Drennan et Douglas, Minetto et Garbagni), 1 fois par une hémoptysie (Ashmore), 2 fois par une dyspnée (Jackson et Hatch : cas 1, observation présentée).

Du point de vue radiologique, le premier cliché pulmonaire décèle toujours une lésion à l'exception d'une observation (Strupler). Les images rencontrées sont variées selon évidemment le siège de l'obstruction : condensations hilaires ou opacités parenchymateuses plus ou moins étendues, atelectasie ou destruction pulmonaires d'importance variable comme dans l'observation rapportée ici.

Du point de vue de l'examen endoscopique, la bronchoscopie a découvert une tumeur dans 17 cas. Une exérèse totale par cette voie a été pratiquée chez 2 malades (Jackson et Hatch : cas 1-2) mais chez l'un la tumeur a récidivé et a dû être finalement traitée chirurgicalement (Jackson et Hatch : cas 1).

Du point de vue thérapeutique, la solution a été chirurgicale dans 14 cas. 6 malades ont été traités par pneumonectomie, 8 par lobectomie dont 1 secondairement à une exérèse totale par voie endoscopique. 1 malade a expulsé spontanément sa tumeur. 1 malade a subi une exérèse totale par voie endoscopique. Pour les autres malades aucune thérapeutique n'a été appliquée.

Du point de vue anatomo-pathologique, 12 cas sont des papillomes malpighiens, 4 sont des papillomes cylindriques uni ou pluri-stratifiés, 3 des papillomes mixtes. Dans 8 cas, il existe une inflammation au niveau de l'axe conjonctif. Certains cas ont pu faire penser à un carcinome bronchique par suite de l'ambiguïté des critères de bénignité. Gardiol dans une étude récente a essayé de mieux les définir. La régularité d'épaisseur des axes conjonctifs et des bandes épithéliales, une assise basale continue, l'absence de zones nécrotiques plaideraient en faveur d'une tumeur bénigne. Les anomalies cytologiques : irrégularités nucléaires et mitoses ne permettent pas de trancher entre un aspect bénin ou malin. 2 cas (Lutzki, Sochocky : cas 2) sont histologiquement malins mais il s'agit à chaque fois d'un passage à la malignité.

ETUDE COMPARATIVE DES DEUX OBSERVATIONS

Les deux histoires cliniques ne se ressemblent pas. La première ne dure que quelques semaines. C'est l'histoire d'un faux asthme qui s'aggrave rapidement pour arriver à une détresse respiratoire suraiguë par obstruction brutale de la lumière trachéale par une tumeur pédiculée et mobile. La seconde est celle d'une lente obstruction bronchique ascendante. Le début sûrement très ancien a été négligé ou en tout cas ne nous est pas connu. Le malade n'est vu qu'au stade de poumon détruit. L'épisode de coma respiratoire est l'aboutissement ultime de la lente évolution canalaire de la tumeur qui a fini par se propager dans la trachée. Au stade terminal une vomique est venue s'ajouter.

Du point de vue radiologique ces deux observations s'opposent également. Dans la première la radiologie pulmonaire est muette. Dans la seconde la radiologie découvre un poumon détruit évoquant une obstruction totale de la bronche souche correspondante par un processus tumoral.

Ce qui rapproche ces deux cas c'est tout d'abord les circonstances opératoires :

Les deux malades se présentent dans un état de détresse respiratoire gravissime. L'un est en coma respiratoire, l'autre est presque au même stade. Le décès paraît presque imminent dans les deux cas. La désobstruction des voies aériennes doit être pratiquée en extrême urgence.

L'aspect endoscopique est également très analogue. La bronchoscopie dans le premier cas décèle la tumeur endo-trachéale cause de l'insuffisance respiratoire aiguë par obstruction brutale et totale de la lumière trachéale. Dans le second cas, les bronchoscopies antérieures avaient fait connaître une tumeur endo-bronchique d'origine distale. Le dernier examen endoscopique, lors du coma respiratoire montre la propagation tumorale à la trachée et une vomique par

suppuration broncho-pulmonaire. Ces deux faits surajoutés expliquent la brutale décompensation respiratoire. Dans chaque observation on n'a pu ni voulu prolonger la tentative d'exérèse tumorale par manoeuvre endoscopique en raison de ses risques d'hémorragie.

Le problème anesthésique était le même dans les deux cas. Il fut résolu chaque fois par refoulement de la tumeur reperméabilisant la lumière trachéale avec intubation de la bronche droite. Cette technique peut paraître audacieuse. Elle était la seule possible en raison des conditions dans lesquelles se présentait l'intervention.

Du point de vue thérapeutique la solution chirurgicale est envisagée aussitôt après contrôle bronchoscopique. Il s'agit d'interventions classiques. Dans le premier cas, après thoracotomie, une bronchotomie simple permet l'exérèse entière de la tumeur. Dans le second, le poumon gauche étant totalement détruit, une pleuro-pneumonectomie est seule praticable. La bronche souche gauche est sectionnée au ras de la carina permettant l'accouchement total de la tumeur et levant ainsi l'obstruction intratrachéale. Les deux cas n'ont pas nécessité de plastie trachéale car dans l'un la base pédiculée de la tumeur paraissait très limitée sans infiltration des plans sous-jacents et dans le second, le pédicule de la tumeur était très périphérique : la propagation dans le tronc lobaire supérieur, la bronche souche et enfin la trachée s'étant faite librement sans envahissement.

Sur les problèmes histologiques propres à chacune de ces deux tumeurs nous ne reviendrons pas. Ces deux observations ont en tout cas le mérite de rappeler que les tumeurs bronchiques ne se résument pas au trop banal cancer et aux plus rares mais quand même courantes tumeurs carcinoides. Il existe tant dans le cadre des tumeurs malignes que des tumeurs bénignes qui nous retiennent plus spécialement toute une série de formations endo-bronchiques sans doute chacune exceptionnelle mais qui, dans leur ensemble, forment un assez large groupe d'observations.

Parmi les tumeurs bénignes on peut citer :

les tumeurs de la lignée conjonctive qui comprennent :

- l'enchondrome bronchique très rare, identique à l'hamarto-chondrome pulmonaire, d'origine cartilagineuse, à développement très lent.

- le lipome : tumeur molle pédiculée, assez rare, constituée de cellules adipeuses, très vascularisée.
- le fibrome, rare, sessile ou pédiculé, aux limites nettes, de consistance variable, formé d'amas de cellules fusiformes.
- le leiomyome formé de faisceaux de cellules musculaires lisses au milieu d'un tissu conjonctivovasculaire banal.
- l'osteome très rare.

les tumeurs de la lignée épithéliale qui comprennent :

- le papillome diffus, se rencontrant surtout chez l'enfant, volontiers récidivant.
- l'adénome de Jackson ou carcinoïde.
- le cylindrome, siégeant volontiers au niveau de la bifurcation trachéale, défini histologiquement par un stroma abondant et des amas cellulaires avec des masses hyalines en leur centre donnant un aspect pseudo-alvéolaire, d'évolution lente mais envahissante.
- la tumeur à cellules myoépithéliales, individualisée par Delarue, caractérisée histologiquement par une prédominance de cellules fusiformes, de caractère envahissant.

les tumeurs des lignées lymphatique et vasculaire qui comprennent :

- le lymphangiome, exceptionnel, formé de vaisseaux lymphatiques.
- l'hémangioendothéliome formé de cellules endothéliales hyperplasiques avec une infiltration de cellules inflammatoires.
- l'angiome, d'aspect verruqueux, constitué histologiquement de capillaires entrelacés.

les tumeurs inflammatoires qui comprennent :

- les formes tumorales de la tuberculose bronchique, très rares.
- l'exceptionnelle tumeur inflammatoire réactionnelle à une maladie de Hodgkin.

Parmi les tumeurs malignes, on peut citer :

- les sarcomes, tumeurs malignes du tissu conjonctif, se rencontrant dans les deux sexes et à tout âge, comprenant :

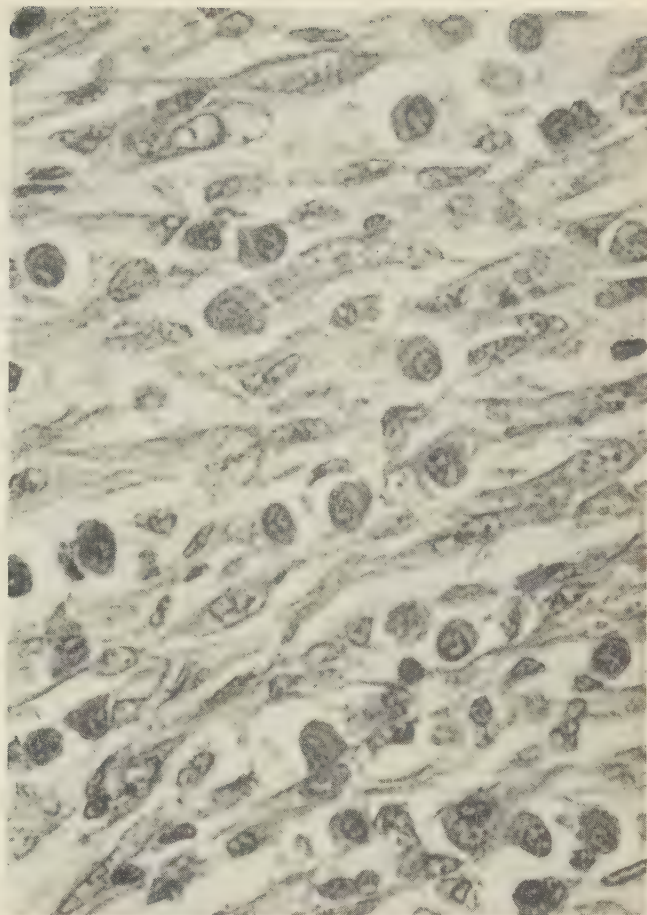
le sarcome fibroblastique le plus fréquent.

le sarcome chondroblastique formé de tissu cartilagineux.



1ère Observation —

Coupe tomographique médiastino-pulmonaire suggérant l'obstruction par une masse tumorale de la partie inférieure de la lumière trachéale.



1ère Observation —

Coupe histologique pièce opératoire montrant le polymorphisme cellulaire.



2è Observation

Poumon gauche détruit

le sarcome endothélial très rare.

le sarcome plasmocytaire, caractérisé histologiquement par une prolifération pure de plasmocytes anaplasiques, d'évolution lente.

le sarcome squelettogène, polymorphe, caractérisé histologiquement par un tissu d'aspect malin avec parfois des plages chondroïdes ou ostéoides.

le myxosarcome formé d'un stroma mucoïde avec des cellules rameuses de type embryonnaire.

Du point de vue clinique, si le siège de la tumeur est trachéal on peut retenir les points suivants :

Il existe fréquemment une toux d'irritation, sèche ou grasse, accompagnée souvent d'expectoration.

La dyspnée, signe majeur, est fréquente. Elle apparaît à l'effort puis au repos. Elle présente parfois des paroxysmes de type asthmatiforme : pseudo-asthme trachéal qui égare le diagnostic. Un râle sonore ou wheezing accompagne assez souvent la dyspnée. C'est là l'élément clinique majeur qui devrait alors faire suspecter une tumeur. En principe très différent de la respiration sifflante, expiratoire de l'asthme et du cornage laryngé essentiellement inspiratoire, il se rencontre aux deux temps avec un maximum à l'un des deux.

On note aussi assez fréquemment des hémoptysies d'importance variable.

Si le siège de la tumeur est bronchique on note : une toux semblable à celle d'une tumeur trachéale dont la persistance doit attirer l'attention. Une dyspnée est fréquente. Prenant des formes variées, elle égare parfois vers un asthme. Aussi un wheezing irradié d'un foyer localisé aura une grande valeur d'orientation. Dans certains cas l'insuffisance respiratoire aiguë est la première manifestation clinique. Le siège sur une bronche souche entraînera une atelectasie et des signes de suppuration. Des épisodes pulmonaires infectieux récidivant et revêtant l'aspect soit d'une suppuration bronchique, soit d'une pneumopathie doivent faire suspecter une tumeur. Des hémoptysies sont enfin rencontrées.

Cette symptomatologie trachéo-bronchique devrait orienter rapidement vers une exploration bronchoscopique qui, dans la majorité des cas, découvre la tumeur. La biopsie précisera le type histologique.

Le traitement sera toujours chirurgical. Il variera suivant l'implantation et l'extension tumorale, l'importance des lésions broncho-pulmonaires en amont.

L'implantation loin des éperons bronchiques et sur la paroi postérieure de l'arbre aérien, une base pédiculée sont des conditions favorables pour une exérèse de la tumeur après une bronchotomie simple sans plastie ni réimplantation bronchique. Un envahissement de la paroi trachéobronchique nécessitera une résection tumorale large avec souvent obligation d'une plastie ou réimplantation bronchique.

Le siège tumoral, l'importance des lésions irréversibles bronchopulmonaires au niveau et en amont de la tumeur peuvent obliger à une chirurgie thoracique mutilante : pneumonectomie ou lobectomie.

Dans une petite statistique de 11 cas de tumeurs bénignes endobronchiques, Jaubert de Beaujeu rapporte les modalités opératoires suivantes : 1 cas de bronchotomie simple, 3 cas d'exérèse tumorale avec bronchoplastie, 4 lobectomies, 3 pneumonectomies.

En cas de siège trachéal de la tumeur, l'acte chirurgical devra être dans la mesure du possible atraumatique. La pédiculation de la tumeur facilitera son exérèse par bronchotomie simple. L'envahissement trachéal nécessitera une résection circulaire suivie d'anastomose bout à bout après résection d'importance variable suivant l'implantation tumorale. Deux conditions seront nécessaires. La résection ne devra pas dépasser 7 cm et les segments trachéaux devront être le moins dénudés possible pour conserver une vascularisation intacte. Les autres techniques opératoires : plastie type Gebauer et prothèses paraissent actuellement abandonnées par tous les opérateurs.

CONCLUSIONS

Deux observations de tumeurs bénignes bronchiques rares ont été réunies dans ce travail en raison des conditions dramatiques d'insuffisance respiratoire dans lesquelles toutes deux ont été opérées.

Le premier cas est celui d'un homme d'âge mûr présentant une dyspnée d'apparition récente. On pense à un asthme mais le trouble s'aggrave. La thérapeutique est absolument inefficace. Une décompensation brutale et dramatique survient. Une intervention chirurgicale est aussitôt décidée car l'accident lui-même fait évoquer un obstacle trachéal. Une bronchoscopie est faite au moment où le malade arrive en salle qui confirme l'existence de la tumeur. Histologiquement la pièce opératoire présente une infiltration cellulaire polymorphe avec une majorité de plasmocytes normaux d'où sa dénomination de granulome plasmocytaire. Ce type de tumeur est à rapprocher du plasmocytome bronchique qui en diffère histologiquement par son monomorphisme cellulaire.

Le deuxième cas dont l'histoire connue s'étend sur plus d'une année mais en fait sûrement beaucoup plus, est celui d'une dyspnée progressive avec découverte d'un poumon détruit. La bronchoscopie découvre une tumeur endo-bronchique d'origine distale (bronche sous-segmentaire du lobe supérieur gauche). L'évolution est lente par propagation canalaire. L'obstruction tardive de la trachée avec vomique surajoutée entraîne un coma respiratoire. Après une tentative endoscopique de désobstruction des voies aériennes, une pneumonectomie gauche est pratiquée. Histologiquement, il s'agit d'un papillome bronchique solitaire variété la plus rare de papillomatose.

Les circonstances dramatiques d'intervention dans les deux cas font regretter que le diagnostic n'ait pas été plus précoce. Seule une bronchoscopie au-

rait permis de l'affirmer mais ce problème rejoint celui de toutes les tumeurs trachéales et endobronchiques. Les tentatives d'exérèse tumorale par voie endoscopique sont abandonnées par tous du fait de risques d'hémorragie incontrôlable.

Les techniques chirurgicales à appliquer dépendent du siège de la tumeur. Si elle est distale : lobectomie.

Si elle est dans une bronche souche : pneumonectomie ou si possible résection-anastomose.

Des problèmes plus complexes se posent pour les tumeurs trachéales.

Si la tumeur est pédiculée, on procède à une simple bronchotomie.

Si elle est largement implantée, une résection-anastomose est relativement facile si le segment réséqué est inférieur à 4 cm, difficile entre 4 et 6 cm, impossible si il est supérieur à 7 cm. Les techniques de plastie trachéale type Gebauer n'ont guère donné que des déconvenues. L'emploi d'un matériel étranger conduit à tout coup à un échec.

CONCLUSION

On ne peut qu'insister après avoir lu ces deux observations sur la nécessité d'opérer les tumeurs bénignes endobronchoques à un stade précoce donc d'en faire un diagnostic rapide.

L'examen clinique respiratoire égare le plus souvent vers une dyspnée de cause banale ou un emphysème. L'inefficacité du traitement médical devrait pourtant attirer vite l'attention. L'examen radiologique n'est pas d'un grand secours. En cas de tumeur trachéale, la radiologie pulmonaire est muette. Seules des tomographies centrées sur le médiastin pourraient conduire au diagnostic en décelant une image opaque dans la lumière trachéale mais encore faudrait-il y avoir pensé et l'erreur habituelle est bien de n'avoir même pas évoqué cette éventualité. Lorsque la tumeur est endobronchique la radiologie pulmonaire va plus ou moins rapidement révéler des opacités plus ou moins banales ou des images d'atelectasie évoquant aussitôt une obstruction bronchique.

La certitude du diagnostic de tumeur endobronchique n'est bien sûr acquise que par bronchoscopie. Elle seule peut permettre d'affirmer l'existence d'une néoformation et par la biopsie en préciser le type histologique. Cependant la précocité du diagnostic n'est possible que si l'on prend l'habitude de pratiquer une bronchoscopie chez tout dyspnéique pour lequel l'étiologie de la souffrance respiratoire est douteuse. En fait il suffit d'avoir pensé à cette étiologie pour que des faits caractéristiques soient remarqués. La bronchoscopie devrait être très largement pratiquée en cas d'insuffisance respiratoire aiguë. Quelques précautions techniques la rendent facile et non dangereuse dans de tels cas. Il faut aussi noter que ces deux malades admis dans un service de pneumologie médicale n'ont pu être traités et survivre que grâce à la liaison étroite de ce service avec une équipe de chirurgie thoracique.

Si nous avons cru utile de réunir ces deux observations, c'est bien en raison du stade quasi terminal où la chirurgie a du être pratiquée. Ceci rejoint les faits observés dans les services de réanimation. Une fraction non négligeable des malades admis dans ces services pour détresse respiratoire aiguë en vue d'une ventilation assistée présentent une tumeur broncho-pulmonaire méconnue. Il s'agit dans ce cas bien sûr de cancers mais on s'étonne moins alors que de rares tumeurs bénignes puissent passer longtemps inaperçues.

Du point de vue pratique on peut en tout cas en déduire que si certaines tentatives d'extraction tumorale par voie endoscopique ont été faites, il ne saurait en être question actuellement. Les difficultés de manipulation, les risques d'hémorragies, de fragmentation incomplète par saisie à la pince pros- crivent les tentatives bronchoscopiques au profit d'une chirurgie d'exérèse classique après thoracotomie.

Vu, le Président de Thèse :

Pr KREIS.

Vu, le Doyen de la Faculté .

Pr BROUET.

Vu et Permis d'Imprimer .

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

Granulome plasmocytaire, plasmocytome trachéo-bronchiques et pulmonaires :

1 - BROCARD H. et coll.

Plasmocytome bronchique, Bulletin mensuel de la société médicale des hopitaux de Paris, 117, n° 9, 841-851, 1966.

2 - BROCARD H.

Les tumeurs plasmocytaires endothoraciques. Le poumon et le coeur T.XXIII, n°4, 473-476, 1967.

3 - GRANT I.W.B. and ROSS J.D.

Plasma cell tumour of trachea, The british journal of tuberculosis and diseases of the chest, 52, n°4, 299-303, october 1958.

4 - DINES D.E., LILLIE J.C., HENDERSON L.L. and STICKNEY J.M.

Solitary plasmocytoma of the trachea, American revue of respiratory disease, 92, n°6, 949-951, décembre 1965.

5 - GRIMAUD R. et WAYOFF M.

Considerations anatomo-cliniques à propos de 2 cas de plasmocytome extra-médullaire, Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie, 76, n°12, 1111-1114, décembre 1959.

6 - HILL L.D. and WHITE M.L.

Plasmocytoma of the lung, Journal of thoracic surgery, 25, 187-193, february 1953.

7 - KENNEDY J.D. and KNEAFSEY D.V.

Two cases of plasmocytoma of the lower respiratory tract, Thorax, 1959, 14, 4, 353-355.

8 - LANE J.D., KROHN S., KILOZSI W. and WHITEHEAD R.E.

Plasma cell granuloma of lung, Disease of the chest, 1955, 27, 216-221.

9 - ROMANOFF H. and MILWISKY H.

Primary plasmocytoma of the lung, British journal disease of the chest, 1962, 56, 139-143.

10 - ROUJEAU J., HERTZOG P. et DE BRUX J.

Les pseudo-tumeurs inflammatoires du poumon, Revue de tuberculose et de pneumologie, 27, n°5-6, 1963, 571-588.

11- ROUJEAU J.

Les plasmocytomes pulmonaires, Journal français de médecine et de chirurgie thoracique, avril 1965, 19, n°3, 335-345.

12 - TARASKA J.J.

Case report of a postinflammatory pseudo-tumor of the trachea, Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 51, 279-282, february 66.

13 - TITUS, HARRISON, CLADGETT, ANDERSON and KNAFF :

Xanthomatous and inflammatory pseudo-tumors of the lung, Cancer, 15, 3, 522-538, 1962.

14 - TCHERKOFF V., LEE Y.B. and WAGNER M.B.

Plasma cell granuloma of lung, Disease of the chest, 1963, 44, 440-443.

15 - UMIKER W.O. and IVERSON L.L.

Postinflammatory tumors of the lung, Journal of thoracic surgery, 28, 55-63, 1954.

Papillome bronchique :

16 - ASHMORE P.G.

Bronchial papilloma, Journal of thoracic surgery, 27, N° 3, 293-294, march 1954.

17 - DRENNAN J.M. and DOUGLAS A.C.

Solitary papilloma of a bronchus, Journal of clinical pathology, 18, 401-402, 1965.

18 - ELLIOT G.B., BELKIN A. and DONALD W.A.J.

Cystic bronchial papillomatosis, Clinical radiology, 13, n°1, 62-67, 1962.

19 - FICARI

Le papillome bronchique, Les bronches, 11, n°3, 520-534, 1961.

20 - FOJANINI G. NOVI I.

Papilloma solitario del bronchio, Archivio italiana di chirurgia, 82, n°5, 353-363, 1957.

21 - GARDIOL D.

Le papillome bronchique isolé de l'adulte, Oncologia, 12, 304-316, 1959.

22 - GARDIOL D.

Le papillome bronchique à forme épidermoïde de l'adulte place nosologique et diagnostic par biopsie, Schweizerische medizinische wochenschrift, 98, n°48, 1902-1906, 30 novembre 1968.

23 - GREENFIELD H. et HEFMAN P.G.

Papillomatosis of the trachea and bronchi, American journal roentgologie, january 1963, 89, n°1, 45-50.

24 - JACKSON and HATCH

Solitary benign squamous papilloma of the bronchus, American revue of respiratory disease, 97, 699-705, 1968.

25 - MEYER A., BRUNEL M., DE BRUX J., MONOD O. et CARTIER F.

Un cas de papillome bronchique, Journal français de médecine et de chirurgie thoracique, 14, n°3, 315-322, 1960.

26 - MINETTO et GARBAGNI

A propos du papillome bronchique, Annales d'oto-rhino-laryngologie, 71, n°8-9, 642,649, 1954.

27 - SCHAFF B. and THOMSON R.V.

Papillomatosis of trachea and bronchus, report of two cases, Revue american of tuberculosis, march 1955, 71, n°3, 429-436.

28 - SINGER D.B., GREENBERG S.D. and HARRISON G.M.

Papillomatosis of the lung, American revue of respiratory disease, november 1966, 94, 777-783.

29 - SOCHOCKY S.

Papilloma of bronchus, American revue of tuberculosis, december 1958, '8, n°6, 916-920.

30 - STEIN A.A. et VOLK B.M.

Papillomatose de la trachée et du poumon, Archives de pathologie, 1959, 68, 468.

31 - UZZAN D. et coll.

Papillomatose trachéo-bronchique diffuse et primo-infection tuberculeuse, Journal français de médecine et de chirurgie thoracique, 1950, 3, 309.

Tumeurs trachéo-bronchiques :

32 - BARANGER M.A.

Obstruction de la trachée par des polypes banaux, conséquences réactionnelles d'une maladie de Hodgkin à localisation médiastinale initiale, La presse médicale, 72, n°9, 537, 22 février 1964.

33 - DEPIERRE R.

Les carcinoides bronchiques ont-ils enfin leur dénomination exacte ? Gazette médicale de France, 75, n°29, 5725-5736, 1968.

34 - FLEGE J.B., VALENCIA G.A., ZIMMERMAN G.

Obstruction of a child trachea by a polypoid hemangio endothelioma, Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 56, 144-146, july 1968.

35 - FORSTER E. et HOLDERBACH L.

Rapport sur la chirurgie des tumeurs et des rétrécissements de la trachée. Le poumon et le coeur, 16, n°1, 33-119, 1960.

36 - GICQUIAU N.

L'insuffisance respiratoire aiguë révélatrice d'une tumeur broncho-pulmonaire, Thèse Paris, 1966.

37 - JAUBERT DE BEAUJEU

A propos du traitement des tumeurs bénignes des bronches, Lyon chirurgical, 57, n°1, 145-147, janvier 1961.

38 - SPENCER

Pathology of lung, 1962.

39 - TARANGER J. et HUMBERT P.

Lipome bronchique traité par bronchotomie, Journal français de médecine et de chirurgie thoracique, 19, n°2, 175-180, février-mars 1965.

40 - VANDOOREN M. et al.

Tumeur de la trachée thoracique à cellules granuleuses : résection circulaire trachéale avec suture bout à bout, Annales de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, 5, 109-117, janvier 1966.

